FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1906

THÈSE

N° 117

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 18 Janvier 1906, à 1 heure

PAR

Célestin-Joseph-Eugène LESCURE

Né à Saignes (Cantal), le 20 décembre 1879

Contribution au Traitement palliatif DU Cancer du Col de l'Utérus

Président : M. POZZI, *professeur*

Juges MM. BUDIN, *professeur*
HARTMANN, *agrégé*
DEMELIN, *agrégé*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, rue Racine, 15

1906

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1906 — **THÈSE** N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 18 Janvier 1906, à 1 heure

PAR

Célestin-Joseph-Eugène LESCURE

Né à Saignes (Cantal), le 20 décembre 1879

Contribution au Traitement palliatif

DU

Cancer du Col de l'Utérus

Président : M. POZZI, *professeur*

Juges MM. BUDIN, *professeur*
HARTMANN, *agrégé*
DEMELIN, *agrégé*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, rue Racine, 15

1906

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	RECLUS.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	LE DENTU. TILLAUX. TERRIER. BERGER.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	DESGREZ	LAUNOIS	POTOCKI
BALTHAZARD	DUPRE	LEGRY	PROUST
BRANCA	DUVAL	LEGUEU	RENON
BEZANÇON	FAURE	LEPAGE	RICHAUD
BRINDEAU	GOSSET	MACAIGNE	RIEFFEL (chef des travaux anat)
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MAILLARD	TEISSIER
CARNOT	GUIART	MARION	THIROLOIX
CLAUDE	JEANSELME	MAUCLAIRE	VAQUEZ
CUNEO	LABBE	MERY	WALLICH
DEMELIN	LANGLOIS	MORESTIN	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent tre considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leu onner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR S. POZZI

Professeur de gynécologie à la Faculté
Membre de l'Académie de médecine
Chirurgien de l'hôpital Broca

CONTRIBUTION

AU

Traitement palliatif du Cancer du Col de l'Utérus

PRÉFACE

Au début de ce modeste travail, il nous faut exprimer nos très sincères remerciements aux maîtres qui ont fait notre éducation médicale. Et tout d'abord adressons le témoignage de notre vive reconnaissance à M. le professeur Pozzi; c'est son enseignement qui nous a inspiré le sujet de cette thèse, c'est dans son service que nous en avons recueilli les principaux matériaux. N'ayons garde d'oublier nos excellents maîtres, M. le professeur agrégé Monod, et M. Picqué, qui nous ont appris nos notions chirurgicales et ont bien voulu nous confier quelques-unes de leurs observations. Enfin, remercions également MM. Jayle, Dartigues et Bender assistant, chefs de clinique et de laboratoire de M. le professeur Pozzi pour la bienveillance qu'ils ont toujours eue pour nous.

Nous tenons à exprimer aussi tous nos remercie-

ments à nos premiers maîtres, MM. les professeurs de l'Ecole de Clermont-Ferrand : Bousquet, Du Cazal, Billard et Bide, ainsi qu'à MM. Moutard-Martin, médecin de la Charité et Lepage, accoucheur de la Pitié, à qui nous devons nos connaissances de médecine et d'accouchement.

INTRODUCTION

Précisons tout d'abord ce qu'il faut entendre par traitement palliatif du cancer du col de l'utérus. Il y a en effet un certain nombre d'opérateurs qui, ayant perdu leur foi chirurgicale en présence de cette affection, la considèrent comme vraiment inguérissable : pour eux tout traitement chirurgical du cancer du col de l'utérus n'est donc forcément qu'un traitement palliatif.

Cette opinion vraiment décevante est peut-être un peu exagérée. Quelques chirurgiens prétendent en effet que la guérison chirurgicale du cancer de l'utérus n'est pas une heureuse exception. Ils pensent qu'en intervenant le plus tôt possible, en enlevant non seulement la tumeur primitive mais la zone lymphatique et les ganglions correspondants, en pratiquant ainsi ce qu'ils appellent avec Werthein (1) le procédé de l'évidement pelvien, il serait alors possible de traiter avec succès cette affection cancéreuse à pronostic si sombre. Cependant notre maître, M. le professeur Pozzi (2), estime que dans les cas où

1. Werthein. *Arch. für. gynec.*, 1901, t. LXV, nº 1, p. 1.
2. Pozzi. Congrès de Moscou. *Presse médicale*, 27 septembre 1902.

l'opération radicale est possible, il est inutile et même dangereux de pratiquer d'aussi grands délabrements ; l'hystérectomie vaginale suffit et est alors le traitement de choix ; elle est tout aussi radicale et plus bénigne. On trouve dans la thèse de Ricou (Thèse Paris, 1905) et dans celle toute récente de Galland (Th. Paris, 1905) la comparaison et la valeur respective de chacune de ces opérations envisagée comme méthodes thérapeutiques du cancer de l'utérus. *L'hystérectomie vaginale,* quand elle est possible, laisse un peu d'espérance au chirurgien, et à ce titre *elle ne saurait être comprise parmi les ressources du traitement palliatif du cancer de l'utérus.*

Il y a au contraire beaucoup de cas où toute tentative d'extirpation chirurgicale est formellement contre-indiquée. *Pour M. le professeur Pozzi l'opération est contre-indiquée dans les cas où l'utérus est immobilisé par le néoplasme.* Cette ligne de conduite est approuvée par beaucoup de chirurgiens : ainsi, nous voyons Holfmeier (1), et Olshauser (2), considérer l'envahissement du ligament large comme une opposition à toute tentative de chirurgie radicale. C'est pour ces cas qu'il convient de rechercher quel est le meilleur *traitement palliatif.*

Ces faits sont d'ailleurs ceux que l'on *observe de beaucoup le plus souvent dans la pratique courante.*

1. Hofmeier. *Maladies des femmes,* 12e édition. 1899.

2. Olshausen. *Deut. med. Wochenschrifft,* 1892, n° 33 et 1896, n° 18.

Récamier estime en effet que la proportion des cas opérables est loin d'atteindre en France 20 o/o (1). Il y aurait donc à peine le quart des malades pouvant relever de l'intervention et dans ce quart, il n'y aurait encore qu'un quart des opérés qui pourraient espérer une guérison durable. Autant dire que *le traitement palliatif s'adresse à 90 o/o des cas de cancers de l'utérus qui se présentent au praticien.* L'opinion de Récamier est d'ailleurs corroborée par celle de Dürrhsen qui dit qu'en Allemagne, sur 26.000 femmes mourant tous les ans de cancer utérin, 10 à 20 o/o seulement sont opérées et le tiers à peine dans de bonnes conditions. De même Winter estime que la proportion des malades justiciables d'une intervention radicale atteignait en 1890, à la clinique de Berlin, la proportion de 37 o/o, mais qu'elle ne dépassait pas 20 o/o en province. Il est donc de toute nécessité, vu la fréquence extrême de cette localisation du cancer, de connaître quel traitement palliatif permettra tout au moins de soulager toutes ces malheureuses.

Lorsque le cancer du col de l'utérus est arrivé à cette période, la malade présente parfois des *hémorragies répétées*, de plus en plus abondantes, et qui deviennent inquiétantes par leur quantité et par leur répétition. Le néoplasme est ulcéré et la leucorrhée du début, séreuse et inodore a fait place à des *écoule-*

---

1. Récamier. *Traitement du cancer de l'utérus inopérable.* Paris, Steinheil, 1905.

ment mêlés de pus et de sang, avec des débris de tumeur; une *odeur fétide* très prononcée fait de ces cancéreuses un objet de répulsion pour elles-mêmes et leur entourage. Enfin, alors que le néoplasme a envahi le paramètre et la base du ligament large, *des douleurs* surviennent; ce sont des douleurs fort vives que le repos au lit ne parvient pas à calmer. Hémorragies, écoulements fétides, douleurs accentuent rapidement la déchéance de l'organisme et continuent largement à déterminer la mort rapide de la malade. Parfois des troubles urinaires, fistules vésico-vaginales, urémie, anémie, ou des troubles rectaux viennent encore aggraver la situation. C'est contre tous ces symptômes que le médecin va avoir à lutter.

Nous allons tout d'abord exposer le traitement palliatif qui s'adresse particulièrement à ces symptomes :

Traitement de la douleur ;

Traitement des hémorragies ;

Traitement des écoulements fétides;

puis nous passerons en revue les différents modes thérapeutiques qui tendent à ralentir l'évolution du cancer du col de l'utérus et à pallier à sa symptomatologie dans son ensemble :

Injections de quinine, de sérum anticancéreux ;

Ligatures atrophiantes ;

Traitement radiothérapique ;

Curettage suivi de cautérisation chimique ;

Curettage suivi de cautérisation ignée.

Notre intention n'est pas de faire une étude détaillée de tous ces points. On en trouvera l'exposé dans une série de thèses récentes, et notamment dans un livre dernièrement paru de Récanier.

Nous laisserons aussi de côté le traitement des complications, et en particulier de l'urémie par compression des uretères, point qui vient d'être bien étudié dans la thèse de Uteau (1). Nous ne nous étendrons que sur quelques points nouveaux, où remis à l'ordre du jour : *injections épidurales*, *application de la radiothérapie* au cancer du col de l'utérus, effets du tamponnement à *l'adrénaline*, ligatures atrophiantes, *sérum anticancéreux*. Mais nous insisterons tout spécialement sur les méthodes dont nous avons pu vérifier par nous-même l'excellence, telles les *cautérisations à l'acide chromique* employées dans le service de notre maître, M. le professeur agrégé Monod, et surtout la MÉTHODE DE CURETTAGE SUIVI DE CAUTÉRISATION IGNÉE préconisée par notre vénéré maître, *M. le professeur Pozzi*. C'est à cette dernière méthode que sera consacrée la grande majorité de ce travail, Les élèves de M. le professeur Pozzi l'ont déjà fort répandue, et cependant la technique de cette opération palliative n'est pas encore vulgarisée (2). Aussi avons-nous pensé faire œuvre utile en précisant les

---

1. Uteau. Thèse Paris, 1905.
2. Pozzi. *Lettre-préface*, livre de Dartigues : *Cancer des organes génitaux*, 1904.

indications de cette méthode, en traçant minutieusement son mode opératoire, et en apportant de nouveaux documents.

Le curettage du col de l'utérus avec la curette tranchante, suivi de cautérisation au fer rouge, constitue en effet la meilleure méthode palliative du cancer de la matrice. Il détruit toutes les masses bourgeonnantes et sphacélées ; il lutte efficacement contre l'hémorragie et la fétidité des écoulements ; il supprime ainsi plusieurs causes adjuvantes de déchéance de l'organisme et il donne une assez longue survie (1). Nous avons eu l'occasion d'en voir plusieurs cas dans le service de notre maître, nous avons pu en réunir quelques observations où les malades ont pu être suivies pendant un certain temps ; nous avons pu ainsi nous convaincre de l'excellence de ce traitement et du grand soulagement qu'il apporte aux malheureuses femmes en proie à un cancer de l'utérus inopérable.

---

1. Pozzi. Lettre préface au livre de Dartigues. *Cancer des organes génitaux*, 1904.

PREMIÈRE PARTIE

Thérapeutique palliative particulière à un symptôme.

CHAPITRE I

Thérapeutique palliative des douleurs.

Ce n'est qu'à une période extrêmement avancée que l'intensité des douleurs ou leur persévérance nécessite une thérapeutique appropriée. Il est même des cas assez nombreux où la malade arrive à la cachexie sans avoir réellement souffert. D'autres au contraire sont rapidement douloureux, et le symptôme douleur, quelle que soit du reste la modalité qu'il revêt, domine la scène.

La douleur dans le cancer du col reconnaît toujours la même cause : l'envahissement du tissu cel-

lulaire du petit bassin. Dans le cancer du col la gaine celluleuse péri-cervicale et le paramétrium d'abord, la base du ligament large et les traînées péri-vasculaires pelviennes se prennent successivement. Ces lésions que le doigt explorateur reconnaît et que l'on exprime par les épithètes de cellulite pelvienne, de gangue péri-utérine enserrent les filets nerveux du plexus sacré et même les branches initiales de ce plexus. Nous avons observé dans le service de notre maître, M. le professeur agrégé Monod, une névralgie très intense de l'obturateur qui ne reconnaissait pas d'autre cause. « Ce mur péri-utérin », comme l'appelle M. Ch. Monod, atteint rapidement une dureté toute spéciale ; c'est à ce moment que les crises douloureuses apparaissent. Revêtant toutes les modalités d'après la diffusion, l'intensité et la rapidité d'évolution du processus néoplasique, et aussi d'après la réaction plus ou moins vive des malades, elles sont en général intenses, continues, paroxystiques. Intenses, elles arrachent des cris aux malades qui accusent des brûlures, des déchirements, des tranchées, etc... Nous nous rappelons avoir observé dans le service de M. Legueu, à l'hospice de Bicêtre, une femme de 52 ans, qui présentait au plus haut degré ce symptôme de la carcinose pelvienne. Chez elle les tranchées, le ténesme vésical, le ténesme rectal alternaient et pendant plusieurs mois nécessitèrent un emploi constant de la morphine à haute dose.

Continues, ces douleurs ne laissent aucun repos

aux malades ; elles semblent plus vives pendant la nuit, probablement du fait de l'augmentation de la congestion pelvienne dans le décubitus dorsal prolongé.

Paroxystiques, elles s'accompagnent, à l'occasion, des paroxysmes d'irradiation dans le domaine du plexus sacré, rectum, périnée et partie postérieure de la cuisse.

On comprend que *la cautérisation ignée du col ne peut rien contre l'envahissement du tissu celluleux pelvien.* Restent des moyens médicaux et des moyens chirurgicaux spécialement destinés à combattre la douleur dans le cancer cervical.

La *morphine* s'impose évidemment dans tous les cas douloureux et donne au début de bons résultats ; mais lorsque son usage se prolonge, elle ne procure plus aucun soulagement, du fait de l'accoutumance de la malade. On peut alors recourir à d'autres sédatifs de la douleur.

L'antipyrine à la dose de 1 gramme, en lavement, en suppositoire ou en injection hypodermique donne parfois des résultats heureux ; nous l'avons vu employer avec succès ; Récamier de Paris et Condamin de Lyon en préconisent l'emploi.

Le *chloral* en injections vaginales à 1/100 a aussi une action très appréciable ; son rôle antiseptique est une autre raison qui milite en sa faveur.

Les *lavements laudanisés,* les *suppositoires à la belladone* constituent enfin de nouvelles réserves de

l'arsenal thérapeutique contre la douleur. On est amené parfois à associer ces médicaments et souvent à tâter la susceptibilité des malades à l'égard de chacun d'eux, pour en adopter un à l'exclusion des autres.

Quelques méthodes récentes ont été préconisées par leurs promoteurs ; elles n'ont pas reçu encore la sanction définitive, mais nous n'avons pas le droit de négliger le moindre auxiliaire dans la lutte inégale contre une affection incurable. Nombre d'auteurs ont proposé l'emploi de certains colorants contre la douleur chez les cancéreux. Bouilly retirait de bons effets du badigeonnage du col, après curettage, avec une solution concentrée de *violet de méthyle*. Condamin de Lyon, dans un cas inopérable, pratiqua le curettage qu'il fit suivre d'un badigeonnage des parties cruentées avec un crayon de pyoctanine. Manu, par des injections interstitielles de violet de méthyle répétées pendant un mois, vit les douleurs d'un cancer inopérable diminuer puis disparaître. Tous ces essais dérivés de la méthode de Mosetig doivent être pris en considération ; pourtant il nous semble qu'il ne faudrait pas fonder de trop grandes espérances sur leur emploi.

Quant aux *injections épidurales de cocaïne* par la méthode de Cathelin, elles sont, dans le cas qui nous occupe, très discutées, un certain nombre d'observations notent une amélioration momentanée (et relative) à la suite de l'injection épidurale. D'autres constatent la persistance des douleurs. Personnelle-

ment nous avons vu employer cette méthode chez une femme que ne calmait pas la morphine.

M. Morel, interne dans le service de M. Legueu, à Bicêtre, se servit dans ce cas d'une solution à 1 pour 200, dont il injecta 4 centimètres cubes. Les douleurs s'atténuèrent pendant cinq jours ; une seconde injection au même taux que la première produisit une nouvelle sédation des symptômes douloureux. Une troisième échoua complètement.

L'échec de tous les moyens médicaux que nous venons d'énumérer ou leur insuffisance peut conduire à des interventions chirurgicales rationnelles qui nous arrêteront un instant. Il s'agit d'annihiler les rameaux sensitifs qui se répandent dans le bassin (sympathique et plexus sacré). C'est le but que se propose la *résection des racines postérieures sacrées*, telle que l'a préconisée J.-L. Faure qui l'exécuta dès 1891 (1). Malheureusement cette intervention dépassa son but et détermina, outre une disparition presque complète des douleurs une paralysie des membres supérieurs. Depuis lors on n'a pas renouvelé cette tentative intéressante, mais plusieurs procédés inspirés de la même idée, et constituant d'heureuses modifications de l'opération de J.-L. Faure, ont été préconisés. Nous citerons ceux de Poncet et de Jaboulay. Poncet (2) faisant justement remarquer la solidarité embryologique, vasculaire et nerveuse

1. J.-L. Faure. *Gaz. hebdom*, 1891.
2. Poncet. *Lyon médical*, 1899.

entre la vessie, le vagin, le rectum, conclut à l'intimité des relations pathologiques de ces organes, et à la simultanéité de leurs réactions aux cours d'interventions portant sur l'un d'eux. La dilatation anale ne limite pas, par exemple, son action à l'anus, elle l'étend au vagin et à la vessie, d'où son emploi dans le vaginisme et dans les cystalgies. Il est donc logique, dit le chirurgien de Lyon, de tenter la même intervention dans les douleurs du néoplasme inopérable de l'utérus. La technique n'offre rien de particulier, elle est calquée sur la dilatation dans la fissure anale. Quant aux résultats ils seraient satisfaisants, comme le donne à penser la thèse de Gaubert (1) qui relate plusieurs observations de Poncet, démontrant nettement le rôle bienfaisant de cette petite intervention. Récamier dans un cas n'en obtint il est vrai qu'une amélioration tout à fait transitoire. Mais la bénignité de l'intervention, la facilité d'exécution, la possibilité de la renouveler quand les douleurs réapparaissent en font néanmoins une ressource précieuse qu'on emploiera le cas échéant, de préférence peut-être aux procédés de Jaboulay. Ce chirurgien, depuis 1901 (2) a eu l'occasion d'intervenir plusieurs fois dans des néoplasmes inopérables douloureux de l'utérus. Toujours il a cherché à agir sur le sympa-

1. Gaubert. *De la dilatation ano-rectale comme traitement des douleurs du cancer inopérable de l'utérus.* Thèse de Lyon, 1900.

2. Jaboulay. *Lyon médical,* 24 février 1901.

thique pelvien qui, intimement uni aux nerfs sacrés, explique les irradiations douloureuses à distance au cours de l'évolution des lésions inflammatoires ou néoplasiques utérines ou péri-utérines. Cherchant donc à détruire ou annihiler le sympathique sacré, Jaboulay pratiqua chez une malade la section bilatérale de la chaîne sympathique sacrée ; chez une seconde le déchirement des branches antérieures du plexus sacré par refoulement du rectum en avant ; chez une troisième, la distension de l'espace celluleux rétro-rectal par injection d'une certaine quantité de sérum artificiel. Dans les deux premiers cas les douleurs disparurent complètement, dans le second il y eut une amélioration notable. Cette dernière intervention a pour elle son innocuité et sa facilité de répétition.

CHAPITRE II

Thérapeutique palliative des hémorragies.

Les hémorragies, qu'il s'agisse de ménorragies ou de métrorragies, constituent un des symptômes les plus importants du cancer du col de l'utérus. Au début ce peut être de petites suffusions sanguines ou même de vraies pertes ; à la période d'état elles deviennent presque continues et sont provoquées par le moindre attouchement des surfaces néoplasiques, souvent même elles surviennent spontanément. Parfois ces pertes sanguines sont minimes, mais elles peuvent devenir d'une abondance extrême. Si dans ces cas elles déterminent par elles-mêmes rarement la mort, il n'en est pas moins vrai qu'elles entraînent rapidement un état anémique très accentué et qu'elles raccourcissent de beaucoup l'évolution du néoplasme utérin. Par leur *fréquence* et leur *abondance*, elles attirent donc l'attention du thérapeute et leur *gravité* rend nécessaire de leur opposer un traitement efficace.

Les injections vaginales extrêmement chaudes peuvent arrêter momentanément des pertes sanguines minimes. Mais souvent c'est au *tamponnement* qu'il faut avoir recours pour arrêter de suite une hémorragie utérine cancéreuse qui menace de devenir grave du fait de sa prolongation. Les tampons intra-vaginaux pourront être imbibés d'une solution *hémostatique ;* parmi les liquides auxquels on pourra avoir ainsi recours, il faudra surtout user d'une *solution d'antipyrine* au dixième ou même au cinquième. Le perchlorure de fer peut être également employé. La gélatine est de plus en plus abandonnée, car il est très difficile d'être certain de sa pureté, et l'on se rappelle les cas de tétanos récemment rapportés.

Tout dernièrement on a tenté d'utiliser *l'adrénaline*, le vaso-constricteur le plus puissant qui soit connu à l'heure actuelle. Son emploi et ses indications ont donné lieu, il y a quelques semaines, à une discussion fort intéressante devant la Société médicale des hôpitaux.

Il est possible d'arrêter momentanément les métrorragies cancéreuses à l'aide de badigeonnages pratiqués sur la muqueuse utérine au moyen d'un petit tampon d'ouate imbibée d'adrénaline au millième. Il n'est pas étonnant que par la puissante action vaso-constrictive de l'adrénaline, on obtienne l'atténuation ou même la disparition de l'hémorragie (Siredey) (1). Ces pertes de sang il est vrai ne peu-

1. Siredey. Société médicale des hôpitaux, 13 octobre 1905.

vent être longtemps influencées par l'adrénaline, car la thérapeutique de ces accidents est essentiellement subordonnée à sa cause. A la vérité, il ne faut user de l'adrénaline dans ces cas qu'avec méfiance. « Il faut bien savoir, dit M. Lermoyez (1), que si l'adrénaline supprime les hémorragies immédiates *elle favorise au contraire les hémorragies retardées* », car à la phase de vaso-constriction produite par l'adrénaline succède une période de vaso-dilatation beaucoup plus longue (Guinard et Martin, Bardier et Frenkel). Aussi les rhinologistes qui ne veulent pas se priver de l'action de l'adrénaline font systématiquement le tamponnement des fosses nasales au penghawar. Tous les cliniciens ne sont pas, il est vrai, de cet avis et Siredey, tout en reconnaissant que l'adrénaline peut échouer, affirme cependant qu'il n'a jamais vu survenir secondairement une recrudescence inquiétante des accidents, et il croit donc que son emploi en gynécologie mérite d'être conseillé malgré l'inconstance des résultats obtenus.

Tous ces moyens ne sont que des procédés de pis-aller et en réalité, c'est en s'adressant à la cause même de ces hémorragies que l'on pourra efficacement les combattre. Par exemple la ligature des utérines en tentant l'atrophie ou en retardant l'évolution du néoplasme peut faire diminuer les pertes sanguines ; il en est de même des cautérisations à l'acide chromique, au chlorure de zinc, des badigeonnages au bleu

1. Lermoyez. *Idem.*

de méthylène ; nous verrons surtout les bons résultats obtenus par un curage soigneux avec cautérisation ignée. Mais il ne s'agit plus là de moyens thérapeutiques uniquement dirigés contre la douleur, mais bien de méthodes s'adressant à l'évolution même de la masse cancéreuse et que nous étudierons plus loin.

CHAPITRE III

Thérapeutique palliative des écoulements ichoreux et fétides.

L'hydrorrhée fétide forme, avec les hémorragies, un des principaux facteurs de la cachexie rapide du cancer utérin. La résorption qui se produit au milieu de ces masses bourgeonnantes sphacélées détermine une intoxication générale de l'organisme par ces produits putrides, résorption qui se traduit même parfois par une véritable fièvre hectique avec ses oscillations irrégulières.

Pour combattre cette hydrorrhée fétide, les antiseptiques et les désinfectants seront utilement employés. Le permanganate de potasse en solution au millième est le désinfectant le plus fréquemment employé. Le sublimé à 1 pour 2000, l'eau oxygénée donnent aussi de bons résultats. On a préconisé aussi le formol, le thymol, l'hydrate de chloral et beaucoup d'autres agents anti-fermentescibles.

Ici, comme pour les hémorragies, en réalité l'emploi de ces injections est un utile adjuvant ; mais employées

seules elles ne constituent qu'un pis-aller. Ce sont les bourgeons cancéreux eux-mêmes qu'il faut attaquer, curetter, et faire disparaître, pour apaiser efficacement, pendant un certain temps au moins, la fétidité des écoulements et leur caractère sanglant.

DEUXIÈME PARTIE

Traitement palliatif dirigé contre l'extension des bourgeons cancéreux.

CHAPITRE I

Traitement général. — Injections de quinine. — Sérum anticancéreux.

Peut-on par un traitement général obtenir une amélioration d'un cancer du col de l'utérus inopérable ? Dans cette espérance l'on a utilisé l'administration de la *quinine*. M. le professeur Albert Robin a précisé le traitement général par la quinine des cancers internes (1) ; il a montré qu'il fallait utiliser

---

1. Albert Robin. *Bulletin médical*, 2 juin 1904. « Traitement général des cancers internes ».

à la fois les voies buccale, rectale et sous-cutanée, injecter de préférence le bichlorhydrate de quinine, et ne pas dépasser une dose moyenne de 1 gramme par jour. Les résultats obtenus par cette méthode sont fort variables ; on ne peut évidemment espérer par cette voie une guérison complète, quoiqu'un cas de cancer du sein traité heureusement par la quinine ait été présenté par M. le professeur agrégé Launois. Récamier (1) qui a employé bien des fois ce traitement estime qu'il agit comme reconstituant de l'état général et « l'avantage retiré de son emploi lui paraît certain ».

Tout récemment le traitement sérothérapique du cancer a été préconisé de nouveau. De multiples *sérums anticancéreux* ont été proposés, mais tous de valeur fort problématique.

Eliminons de suite les pseudo-résultats publiés par Doyen. Déjà au Congrès français de chirurgie de 1903 notre maître M. le professeur Pozzi faisait toutes ses réserves sur l'utilité de « ces remèdes secrets ». La discussion du Congrès français de chirurgie de 1905 et les conclusions du rapport de la Société de chirurgie ont fait justice de toutes ces soi-disantes guérisons.

Cependant peut-on conserver quelque espérance dans le traitement sérothérapique ? D'une façon générale il faut se méfier des résultats obtenus par

1. Récamier. *Loco citato*, p. 188.

cette méthode thérapeutique. Beaucoup de médicaments ont tous ceci de commun qu'ils améliorent *passagèrement* l'état du cancéreux. « Prenez, dit M. Tuffier, un sérum quelconque, absolument indifférent, et pour bien préciser cette indifférence je vous dirai : Mettez la main dans l'armoire aux sérums thérapeutiques, les yeux fermés et amenez le premier flacon qui vous tombera sous la main, injectez-en le contenu à un cancéreux, vous pourriez voir après cette injection une amélioration de l'état local ; une diminution de l'induration ou de l'ulcération néoplasique. » (1).

---

1. Voir l'analyse d'un travail de Lœffler par Romme dans la *Presse médicale*, 31 décembre 1904.

Tuffier. *Presse médicale*, 3 février 1904.

Tuffier. *Presse médicale*, 14 janvier 1905.

CHAPITRE II

Action des rayons X.

Nous avons pu suivre, dans le service de M. Monod à l'hôpital Saint-Antoine, l'observation d'une malade atteinte de cancer du col de l'utérus et traitée par les rayons X. L'effet thérapeutique obtenu nous a paru fort minime. Nous croyons cependant intéressant de publier ce cas qui a trait à une méthode thérapeutique encore à l'étude. Nous avons laissé de côté toute la partie technique qui n'est pas de notre compétence.

OBSERVATION I (Personnelle et inédite).

(Recueillie à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Ch. Monod).

Mme R..., 56 ans, se présente à la consultation de chirurgie de l'hôpital Saint-Antoine au mois de juillet 1905. Elle accuse des douleurs très vives dans les reins et la racine des cuisses

et des pertes incessantes de liquide sanguinolent et d'odeur infecte.

Elle a cessé d'être réglée à 47 ans, et ce n'est que vers 55 ans qu'elle a vu, à sa grande surprise, reparaître des pertes qu'elle prit d'abord pour des époques menstruelles.

Le toucher permet de constater une prolifération bourgeonnante évidemment néoplasique à point de départ cervical remplissant à moitié le vagin. Ces bourgeons ne sont pas pédiculés, ils élargissent le col et bouchent l'orifice cervical. Le néoplasme a une extension qui ne permet plus d'intervenir radicalement. Le cul-de-sac gauche est comblé par une masse indurée et diffuse, et la paroi recto-vaginale est cartonnée.

La malade a obtenu une légère diminution de l'intensité de ses pertes et de leur odeur par l'emploi de la liqueur de Labarraque dans ses injections, sur le conseil de son médecin. Néanmoins, comme elle perd encore abondamment et qu'elle souffre de plus en plus elle réclame un traitement. Elle refuse du reste toute thérapeutique chirurgicale bien qu'elle ait connaissance de la gravité de son état. On lui propose le traitement radiothérapique qu'elle accepte et on la confie aux bons soins de M. Krantz, interne du service de radiothérapie à l'hôpital Saint-Antoine.

La malade revint nous voir au moment de partir pour la campagne au mois d'août. Sous l'influence du traitement radiothérapique on constatait à cette époque une diminution de volume appréciable des bourgeons néoplasiques et de leur sécrétion. Le col très diminué de volume et de saillie est redevenu perméable ; on peut introduire un hystéromètre dans la

lumière cervicale. L'utérus, qui se draine facilement n'est plus douloureux. Mais le processus néoplasique a plutôt pris de l'extension ; le cul-de-sac droit qui il y a deux mois était souple, commence à être dur et non dépressible.

Au total il semble que la radiothérapie a exercé une légère action sur les surfaces bourgeonnantes qui ont été directement irradiées, mais qu'elle est restée sans action sur les lésions distantes. La malade partie à la campagne a continué à se cachectiser.

CHAPITRE III

Ligatures artérielles comme traitement palliatif du cancer inopérable de l'utérus.

On a tenté de diminuer la rapidité de la marche du cancer de l'utérus par des ligatures atrophiantes. G. de Rouville vient de publier sur ce sujet un mémoire qui donne l'état actuel de cette question (1).

On a lié les hypogastriques, soit par voie transpéritonéale (Pryor, Goullioud, Roux, Kelly), soit par voie sous ou extra-péritonéale (G. de Rouville). Baumgartner, Hartmann (2) et Fredet (3), Krug, Dorsett, ont pratiqué la ligature des utérines par voie vaginale ou par voie transpéritonéale. Enfin quelques chirurgiens ont fait des ligatures complexes : Hartman a lié les utérines et les utéro-ovarien-

---

1. G. de Rouville. « Les ligatures artérielles dans le cancer inopérable de l'utérus ». *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, mars 1905, p. 161.

2. Hartmann. Congrès de chirurgie, 1897.

Hartmann et Fredet. *Revue de Chirurgie*, 1895.

3. Fredet. Société anatomique, 1898.

nes ; Tuffier a lié les deux utéro-ovariennes et les deux utérines ; de même Morestin. La technique opératoire de ces ligatures atrophiques est exposée d'une façon très complète dans la thèse de Dartigues (1).

Ces ligatures artérielles ne peuvent guérir le cancer. Les faits qui avaient été publiés sous ce titre (Baumgartner, 1888 ; Kelly, 1894 ; Pryor, 1897 ; Tuffier, 1897) n'étaient en réalité que des cas de régression. En effet tous ces cas suivis plus longtemps se sont terminés par la mort. Cependant il semble que dans quelques cas il y ait eu une période de ralentissement dans l'évolution du néoplasme.

Il ne s'agit donc que d'un moyen palliatif à mettre en œuvre contre les hémorragies, les pertes fétides et les douleurs du cancer utérin inopérables. La ligature artérielle permet de lutter contre tous ces symptômes. Voici comment elle est jugée par Jonnesco (2) : « Huit cas de cancers inopérables de l'utérus, traités par la ligature des artères hypogastriques, des artères utérines en étages près de l'origine et aussi près que possible de l'utérus, des artères du ligament rond et des vaisseaux utéro-ovariens (veine et tissu cellulaire ambiant étant pris, autant que possible, dans les ligatures), raclage de l'utérus. Résultats : suppression des hémorragies, des écoulements, élimination spontanée des produits néoplasiques et

1. Dartigues. *Chirurgie conservatrice de l'utérus et des annexes dans le traitement des fibromes*. Th., Paris, 1901.

2. Jonnesco. Congrès international de médecine. Paris, 1900.

amélioration de l'état général pendant six et dix mois et même plus d'une année. »

Mais c'est surtout contre les hémorragies que les ligatures ont été le plus fréquemment pratiquées. Dans les faits de Baumgartner, de Tuffier, de G. de Rouville, Krüg, Dorsett, il y eut arrêt des hémorragies pendant plus d'un an. Dans quelques cas les hémorragies ne tardèrent pas à reparaître (J. Goullioud, Morestin, Tuffier). En revanche dans d'autres elles disparurent jusqu'à la mort; telle est l'observation de G. de Rouville.

OBSERVATION (G. de Rouville).

La nommée F. A..., âgée de 36 ans, entre à l'hôpital suburbain, salle Desault, le 1er août 1900. Elle présente depuis plusieurs mois des hémorragies très abondantes, apparaissant sous forme de métrorragies tous les huit jours environ ; dans l'intervalle de ces fortes pertes hémorragiques, la malade perd peu ou pas du tout en rouge; son facies est celui d'une femme très profondément anémiée ; sa faiblesse est extrême. Elle accuse des douleurs très vives dans le bas ventre et les reins, irradiées dans les cuisses. Constipation. Miction normale.

Au palper abdominal, rien. Au toucher vaginal, on constate que le col a disparu en partie, rongé par une ulcération ayant les dimensions d'une pièce de 2 francs ; cette ulcération est sèche ; elle saigne pendant l'examen et le doigt sort rougi par le sang ; l'ongle de l'index entame aisément le néoplasme.

Au toucher vaginal, combiné au palper hypogastrique, on se

rend compte de l'immobilité de l'utérus ; le cul-de-sac vaginal gauche est envahi par l'ulcération, et on sent un prolongement du néoplasme dans le ligament large du même côté. Au toucher rectal, on perçoit l'infiltration néoplasique gauche, mais le rectum est libre.

Diagnostic — Cancer du col propagé au vagin, envahissement du ligament large gauche. Femme très amaigrie et sans résistance. Inopérabilité.

10 août 1900. — Ligature sous-péritonéale des deux artères hypogastriques.

Résultats. — Les hémorragies cessent dès le lendemain de l'intervention pour ne plus reparaître jusqu'à la mort de la malade, survenue le 29 juillet 1901, c'est-à-dire un an après l'opération. Mais les douleurs ont persisté les mêmes, et l'évolution du néoplasme n'a été modifiée en rien par la ligature.

Dans tous ces cas le mode d'intervention paraît avoir eu peu d'influence : tel fait une ligature complexe sans résultat, tel autre se contente de lier les utérines et arrête les hémorragies. Peut-être faut-il invoquer, pour expliquer ces divergences, les anomalies fréquentes des branches collatérales des deux artères iliaques (Delagénière) (1).

Les résultats obtenus contre les pertes fétides sont moins bons. Cependant Tuffier dans un cas a obtenu un résultat remarquable : les pertes disparaissent après la ligature des deux utérines et des deux utéro-ovariennes, et plus de dix-huit mois après

---

1. Delagénière. Congrès international de médecine de Paris, 1900.

l'intervention elles n'ont pas reparu. Mais chez d'autres malades de Tuffier et dans des cas de Hartmann il n'y eut aucun succès.

Les ligatures ont également parfois une influence sur l'évolution des douleurs des cancers de l'utérus. La ligature des deux utérines et de l'utéro-ovarienne a été suivie d'une diminution des douleurs pendant dix-huit mois (Tuffier), trois mois (Pryor). Mais il ne s'agit jamais que d'effets temporaires et même dans certains cas le résultat a été absolument nul. En somme, résultats précaires.

« Qu'est-ce à dire, dit G. de Rouville, sinon que la méthode des ligatures se présente à nous avec des titres suffisants pour prendre rang parmi les moyens palliatifs que nous utilisons chaque jour contre le cancer inopérable de l'utérus. Son action, sans doute, est limitée, inconstante, mais les cas sont rares de ligatures ayant donné un résultat nul. »

CHAPITRE IV

Injections interstitielles.

Le cancer du col de l'utérus revêt parfois la forme appelée nodulaire par notre maître M. le professeur Pozzi. Cette forme est caractérisée par une infiltration diffuse du col utérin sans ulcération et peut être considérée comme un stade initial aux formes végétantes ou ulcéreuses (Dartigues). Il est évident que dans cette forme, si l'on ne veut pas intervenir par une opération radicale, il ne faut pas songer au curettage. Aussi est-ce contre elle que l'on a préconisé la méthode des injections interstitielles.

Beaucoup de substances ont été employées pour ces injections interstitielles. On en trouvera l'énumération très complète dans la thèse de Champion (1). Les uns ont utilisé l'alcool absolu à l'instar de Schultz (2), Hasse (3) ; Champion et de Giver-

---

1. Champion. Thèse, Paris, 1896.
2. Schultz. Voir *Bulletin médical*, 1896, p. 207.
3. Hasse. Voir *Bulletin médical*, 1896.

dey (1) en ont consigné des exemples dans leurs thèses et l'on y voit plusieurs cas où la survie atteignit jusqu'à quatre ans. Vulliet dans la *Semaine médicale* (2) en a précisé la technique. La valeur de cette méthode est difficile à apprécier, car elle s'appuie sur peu de documents, ayant été peu employée ; elle a cependant assez donné de succès dans quelques cas et à ce titre elle mérite d'être connnue.

D'autres chirurgiens utilisent des substances colorantes. Mosetig en 1892 a préconisé le violet et le bleu de méthylène, et cette dernière substance est encore fréquemment employée en badigeonnages sur la surface ulcérée. Le bleu de méthylène agit dans ces cas comme désinfectant et arrête la sécrétion ichoreuse ; il aurait aussi une action directe sur le processus néoplasique et on admet, un peu théoriquement peut-être, qu'il pourrait lutter contre l'extension des bourgeons cancéreux. Souvent on fait précéder son application d'un curettage des fongosités. Puis quelques jours après, on fait dans l'épaisseur de la masse néoplasique des injections interstitielles de bleu de méthylène. Telle est la méthode que Champion décrit très complètement dans sa thèse et dont il a bien précisé la technique. Cet auteur vante les résultats que cette méthode permet d'obtenir. Son enthousiasme n'est cependant pas partagé par tous ceux qui en ont fait l'expérience

1. De Giverdey. Thèse, Lyon, 1894.
2. Vulliet. *Semaine médicale*, 1894.

et Récamier notamment la juge en ces termes : « J'ai essayé, il y a quelques années, ces injections unies à des badigeonnages de bleu de méthylène sur des points ulcérés ; si je n'ai jamais constaté d'intoxication, je n'ai jamais obtenu de guérison, ni même d'arrêt de la marche du mal. » (1).

---

1. Récamier. *Loco citato*, p. 102.

CHAPITRE V

Cautérisations précédées ou non du curettage du cancer du col de l'utérus. Cautérisations par l'acide chromique.

Les caustiques ont été depuis fort longtemps employés dans le traitement des ulcérations néoplasiques. Le professeur Récamier, dès 1829 (1), utilisa le nitrate acide de mercure, et l'on trouvera dans le *Dictionnaire des Sciences médicales* sa première observation consignée tout au long. Le professeur Récamier n'employait jamais seule la cautérisation pour détruire une tumeur volumineuse du col de l'utérus ; il pratiquait d'abord l'excision, puis il cautérisait profondément afin de dépasser la maladie locale.

Frænkel, au Congrès de chirurgie de Berlin, en 1888 a rappelé l'attention sur les bons effets du chlorure de zinc. Le professeur Laroyenne a également précisé le mode d'emploi de ce caustique puissant. On commence par faire un curettage de la masse can-

---

1. Récamier. *Recherches sur le traitement du cancer*, Paris, 1819.

céreuse suffisant pour mettre à nu toute la cavité du col et atteindre le mal dans toute sa hauteur. Puis on remplit cette cavité de tampons imbibés d'une solution de chlorure de zinc à 1 pour 20 ou même à 1 pour 10. Frænkel conseille en outre de tamponner plus superficiellement avec des tampons imbibés de bicarbonate de soude. On peut également protéger les parois vaginales voisines avec de la vaseline.

Nous avons vu fréquemment employer dans le service de notre maître, M. Monod, à l'hôpital Saint-Antoine, les *cautérisations par l'acide chromique.* Aussi allons-nous nous étendre un peu plus sur ce procédé de destruction des bourgeons néoplasiques.

Cette méthode dérive du procédé déjà ancien des applications de brome en solution alcoolique à 1/5, procédé qui dans les mains de Williams et de Schrœder a donné d'assez bons résultats. Mais il était d'un emploi délicat, et dépassait souvent son but en altérant la muqueuse vaginale qu'il fallait protéger par des badigeonnages à base de bicarbonate de soude. L'emploi du brome était surtout indiqué dans les lésions néoplasiques rongeantes, excavant le col et produisant de larges surfaces de sécrétion putride. C'est également à ces cas que s'adresse plus spécialement la cautérisation chromique.

On peut utiliser la solution aqueuse à parties égales, ou mieux une solution à 1/5 ; la cautérisation se fait après irrigation vaginale et assèchement soigneux

des surfaces tomenteuses; elle doit être énergique. Un petit tampon d'ouate monté sur une pince à pansement et imbibé de la solution chromique est porté sur les parties bourgeonnantes. Celles-ci prennent immédiatement une teinte rouillée comme après une application de teinture d'iode. On fera après la cautérisation une large irrigation vaginale, pour protéger la muqueuse encore intacte. Ce pansement sera répété deux fois par semaine. Au bout de quelques pansements, la plaie ulcérée prend un meilleur aspect, le processus destructif semble s'arrêter; les sécrétions diminuent, leur odeur s'atténue tout particulièrement.

La simplicité du mode d'emploi de ce caustique et les résultats assez satisfaisants qu'il donne en justifient donc l'emploi. Malheureusement c'est là un procédé douloureux. L'application d'acide chromique est suivie d'une douleur constante, généralement assez vive, parfois modérée, que les malades redoutent. Cette douleur, au reste, ne dure que quelques minutes.

Un reproche plus sérieux peut être adressé à la cautérisation chromique. Comme certaines autres applications modificatrices, elle est aveugle; l'imprégnation par le caustique peut assurément être juste suffisante ; mais dans certains cas elle dépasse son but, détruit des tissus profonds sans discernement et semble ajouter un nouveau méfait à l'action rongeante du néoplasme. Dans d'autres cas, l'impré-

gnation trop superficielle n'enraye pas le processus destructeur.

Néanmoins cette méthode est à retenir, elle est assez couramment employée et nous l'avons vue donner des résultats très encourageants dans le service de M. Ch. Monod, à l'hôpital Saint-Antoine. En voici un exemple :

OBSERVATION (Inédite et personnelle).

(Recueillie dans le service de M. Ch. Monod).

A... R..., 39 ans, se présente au mois de juin 1905 à la consultation de gynécologie à l'hôpital Saint-Antoine. Cette femme dont le passé génital n'offre rien de particulier, a commencé à souffrir au mois de novembre 1904. Un médecin consulté à cette époque n'aurait rien constaté d'anormal au toucher vaginal. Du reste, pendant près de trois mois, la malade n'accusa que des symptômes douloureux. Vers le mois de février elle eut quelques jours après ses règles, une nouvelle perte de sang peu abondante, et à partir de ce moment elle a toujours continué à perdre. Ses pertes sont rougeâtres, sentent très mauvais et déterminent une irritation insupportable de la racine des cuisses et de la région vulvaire. Au toucher, on constate un gros néoplasme cervical, bourgeonnant et encombrant le vagin Le doigt a peine à trouver l'orifice utérin au milieu des productions fongueuses et ulcérées. Les culs-de-sac vaginaux sont totalement infiltrés et immobilisent le corps utérin qu'on délimite difficilement. Il ne saurait être question d'une intervention chirurgicale. Cautérisation à l'acide chromique, répétée tous

les trois jours. Dès la quatrième cautérisation la malade constate une diminution notable des sécrétions vaginales et de l'érythème vaginal. Peu à peu, on réduit le volume des bourgeons épithéliomateux, et on obtient une atténuation des douleurs. Malheureusement notre attention est attirée au mois de juillet par des phénomènes nouveaux. Le ventre de la malade a considérablement augmenté de volume. La palpation y dénote une ascite abondante qui, examinée après ponction, est reconnue de nature néoplasique. Il s'agit d'une métastase péritonéale qui évolue avec rapidité. La malade se cachectise et meurt au mois d'octobre 1905.

Ainsi le reproche fondamental adressé à toutes les méthodes de cautérisation est la difficulté de limiter l'action des caustiques. Ils ont une tendance générale à diffuser et sont capables de déterminer des escarres sur des parties saines, quelquefois même la perforation de la vessie et du rectum. Il faut donc ne les employer qu'avec la plus grande prudence et sur les parties exclusivement néoplasiques.

C'est pourquoi beaucoup de chirurgiens préfèrent pratiquer un curettage soigneux de toutes les fongosités, et faire suivre ce curettage d'une cautérisation profonde au fer rouge, pour détruire au loin l'infiltration néoplasique. C'est la méthode préconisée de notre maître, M. le professeur Pozzi, et c'est elle surtout que nous allons développer.

TROISIÈME PARTIE

Méthode du curettage suivi de cautérisation ignée.

CHAPITRE I

Historique.

Les cautérisations avec le fer rouge contre le cancer du col de l'utérus devenu inopérable ont été employées depuis fort longtemps. Kœberlé (de Strasbourg), à l'époque où l'on commençait à tenter la guérison du cancer utérin par l'ablation totale de la matrice (1), rappelait déjà les bons effets de la cautérisation ignée ; il essayait de circonscrire à l'aide

1. Kœberlé. *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* (26 février 1886). « Traitement du cancer de l'utérus par l'hystérotomie ».

du bistouri les parties malades, et à mesure qu'il incisait il usait du thermocautère en application sur la partie traumatique, cautérisée et rôtie, jusqu'à ce qu'une mince eschare sèche arrête complètement l'hémorragie. A la même époque, W.-H. Baker (1), Schrœder (2), Despréaux (3), A. Pozzi (4), Voituriez (5), recommandent également les bons effets de la cautérisation au fer rouge.

Depuis 1890, plusieurs travaux intéressants ont été publiés sur ce sujet. Nairue (6) publie sa technique : résection aux ciseaux ou grattage, suivi de cautérisation par le cautère ; c'est cette méthode que Récamier (7) vient tout récemment de reprendre en détail, dans son excellent livre sur le traitement palliatif du cancer de l'utérus inopérable. La méthode de Nairue, dit Récamier, n'était pas fort goûtée des assistants « effrayés par la fumée sortant de la vulve et le bruit des tissus grésillants par la chaleur, et ils considéraient le chirurgien avec horreur, trouvant sa méthode barbare ». John

---

1. W.-H. Baker. *Amer. Journ. Off. Obstetrics*, 1882, p. 265 et 1886, p. 184.

2. Schrœder. *Maladies des organes génitaux de la femme.*

3. Despréaux. *Du curettage utérin* (Thèse de Paris, 1887).

4. A. Pozzi. *Le traitement du cancer de l'utérus* (Thèse de Paris, 1888).

5. Voituriez. « Du cancer du col utérin et de son traitement par le curage ». *Journal des sciences médicales de Lille*, 4 avril 1889.

6. Nairue. *British medical Journal*, 1891, 7 février, p. 283.

7. Récamier. *Traitement du cancer utérin inopérable*, 1905,

Byrne (1) utilise des cautères constitués par un gros fil de platine, qui ne sont portés à l'incandescence qu'une fois arrivés au contact des tissus et ne peuvent par conséquent causer de brûlures des parois vaginales. Klotz (de Dresde) érige en méthode spéciale, la cautérisation répétée (2) : tous dix les jours, pendant deux mois, il pratique une séance de cautérisation au fer rouge d'une durée de quinze minutes environ. Schwartz (3), dans une revue générale, signale les accidents du curettage appliqué au traitement du cancer de l'utérus, notamment la perforation utérine.

Deux thèses récentes on été consacrées à ce mode de traitement : thèse de Champion (4), thèse de Mme Kantzel (5) qui renferment de nombreuses observations.

---

1. John Byrne. *On the relative merits of total or partial vaginal hysterectomy for cancer of the cervix by ordinary methods and supra vaginal excision by galvano-cautery*. New-York, 1896.

2. Klotz. Voir *Semaine médicale*, 1896. « Du traitement palliatif du cancer inopérable de l'utérus ».

3. Schwartz. « Du curettage appliqué au traitement du cancer de l'utérus. Ses accidents ». *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 1891, p. 114.

4. Champion. Thèse, Paris, 1896. *Sur le Traitement palliatif du cancer utérin inopérable*.

5. Mme Kantzel. Thèse, Bordeaux, 1900.

CHAPITRE II

Technique.

---

§ 1. *Soins préliminaires.*

Il faut, avant toute tentative d'intervention à la curette, bien se rendre compte, par le toucher rectal et le toucher vaginal, de la direction de l'utérus, des rapports du col cancéreux avec la vessie et avec la partie terminale du gros intestin. Cet examen préliminaire est absolument nécessaire pour avoir une idée de l'épaisseur de l'induration et estimer les limites dans lesquelles l'évidement du col utérin sera possible sans danger. Il sera bon de pratiquer cet examen au début même de l'opération ; Récamier (1) insiste sur ce fait « qu'il est important de purger ces malades la veille de l'opération et de s'assurer que le rectum est débarrassé des matières qui le plus souvent l'encombrent par suite de la rigidité des ligaments utéro-

1. Récamier, *loco citato*, p. 42.

sacrés envahis qui le compriment. Si la purgation ne suffit pas il faut donner un grand lavage, car lorsque l'intestin n'est point vide, on ne peut se rendre compte de l'épaisseur de l'induration et agir avec certitude ».

Pendant les quelques jours qui précéderont ce curettage, on fera prendre à la femme, matin et soir, une injection très abondante d'eau bouillie très chaude, ou mieux de grandes injections au permanganate qui commenceront la désinfection du champ opératoire.

§ 2. — *Opération.*

Faut-il donner du chloroforme ? Sans doute, cela est préférable, afin de faire un curettage plus soigneux et ne pas faire souffrir la malade ; mais il faut bien savoir que la chose n'est pas nécessaire. Si l'on opère très rapidement, dit M. le professeur Pozzi (1), en badigeonnant le vagin de cocaïne et sous une irrigation froide presque continue, on peut éviter l'anesthésie, ce qui est préférable, les malades étant d'ordinaire très déprimées et ayant les reins plus ou moins atteints. D'ailleurs l'opération est fort peu douloureuse. Cette possibilité de faire cette intervention sans le secours du chloroforme est fort importante, car elle place ce mode de traitement parmi les cas de chirurgie courante, et elle devient ainsi

---

1. Pozzi. *Traité de Gynécologie*, livre V, p. 420.

praticable pour tous les praticiens isolés et abandonnés à leur seule ressource.

Cependant cet avis n'est pas partagé par tous les chirurgiens. Récamier, dans le livre auquel nous faisions tout à l'heure allusion, estime que le chloroforme est nécessaire, et cette nécessité de l'anesthésie ne lui semble pas une contre-indication à tenter l'opération pourvu qu'on n'opère pas des malades trop affaiblies pour qui une perte de sang et l'intoxication chloroformique seront un choc trop fort.

La malade est placée dans la *position gynècologique* habituelle ; elle est rasée, la vulve et le vagin sont soigneusement savonnés ; une grande irrigation chaude balaye les sanies cancéreuses, une injection au sublimé à 1 p. 5.000 achève les soins antiseptiques pré-opératoires.

Deux larges valves vaginales dépriment les parois vaginales et présentent la surface cancéreuse à l'opérateur. Dans le service de M. le professeur Pozzi, on a pour habitude d'utiliser des *valves en bois*. En effet, les valves métalliques s'échauffent rapidement et lors de la cautérisation du col de l'utérus elles protégeront d'une manière inefficace les parois vaginales. Il en est tout autrement des valves en bois qui sont formées d'un corps mauvais conducteur.

Si ces valves ne donnaient pas assez de jour on pourrait suivre la pratique de Chaput et donner du côté de la vulve deux forts coups de ciseaux.

Cette pratique est habituellement inutile ; elle doit être évitée, car elle donne deux plaies qui, par

leur localisation, s'infecteront forcément et ne se réuniront que par réunion secondaire.

Le champ opératoire étant ainsi mis en lumière, il faut détruire tout d'abord la plus grosse partie de la masse cancéreuse. Pour ce faire, certains chirurgiens recommandent de se servir de ciseaux courbes ou de bistouri et de pratiquer une sorte d'amputation conoïde du col utérin. C'était la façon de faire déjà préconisée par Kœberlé (1) : « On saisit le col utérin à l'aide de plusieurs pinces à griffes, implantées dans les parties saines de l'organe, et on l'amène autant que possible au dehors à l'orifice du canal génital. On introduit dans le col, jusque dans la cavité utérine, une sonde en acier qui sert de guide pour indiquer la position exacte des parties sur lesquelles on opère. A l'aide du bistouri on circonscrit alors le pourtour du col, dont on sépare entièrement le vagin. »

Il semble préférable d'enlever ces masses bourgeonnantes à la *curette tranchante*. Cette méthode est plus prudente car elle permet *d'enlever les végétations cancéreuses* peu à peu, en se rendant compte de l'étendue des lésions et de la profondeur à laquelle ce curettage doit porter. Elle est en même temps plus aisée, et ne nécessitant pas une éducation chirurgicale, elle est à la portée de tous les médecins. M. le professeur Pozzi recommande d'user de la

1. Kœberlé, *loco citato*, p. 140.

curette tranchante de Sims ~~ou de~~ Volkmon qui attaque très facilement les masses cancéreuses.

On évite rapidement avec la cuiller tranchante de Sims de gros modèle les fongus les plus volumineux. Puis cette masse principale ainsi extirpée on poursuit les végétations sur les curettes plus fines. Howard-Kelly recommande à ce moment de placer les doigts dans les culs-de-sac et de continuer sous leur contrôle la destruction de la paroi néoplasique. Le chirurgien pourra aussi facilement se rendre compte de l'épaisseur de la paroi qui le protège de la vessie et du rectum, et prévenir la perforation de ces deux organes. M. le professeur Pozzi recommande de manœuvrer avec la plus grande prudence dans les régions dangereuses et notamment en avant, vers la vessie et l'uretère. Il insiste également sur la précaution, lorsqu'on aura pénétré dans la cavité utérine, de n'attaquer la surface qu'obliquement et non perpendiculairement, et cela toujours dans le but de prévenir les perforations. Les coups de curette devront toujours être donnés très doucement, car un coup de curette trop brutal peut perforer un des organes voisins, notamment lorsque des masses néoplasiques ont envahi le vagin autour du col (Récamier).

Le curettage du col utérin cancéreux doit donc être fait très prudemment. « C'est, dit Dartigues, une *véritable petite opération* qui demande du doigté pour ne pas gratter et cautériser outre mesure. »

Toutes les végétations molles et friables ayant été

ainsi déblayées, on pratique une irrigation très chaude et très abondante qui achèvera de déterger la masse cancéreuse et arrêtera momentanément l'hémorragie.

Il faut alors faire suivre ce curettage d'une énergique *cautérisation au fer rouge.* C'est là que les parois vaginales devront être soigneusement protégées, contre le rayonnement calorique, et si de simples valves ont pu être employées jusqu'à ce temps de l'opération, il faut maintenant user des valves de bois, plus commodes que le spéculum cylindrique de bois dont on se servait autrefois.

On pourra aussi protéger les bords de la vulve avec des compressions humides.

La cautérisation peut être pratiquée avec le thermocautère. Mais M. le professeur Pozzi estime que c'est là une source de chaleur insuffisante, et il préfère beaucoup employer les *cautères actuels en roseau et olivaires à la température rouge cerise.* Ces instruments ont en effet une masse plus volumineuse et sont un réservoir calorique plus grand.

Récamier vante également les bons effets des cautères : « Si je puis avoir, comme à Saint-Michel, les cautères d'autrefois dont le professeur Labbé m'a appris jadis à Beaujon l'efficacité admirable dans les phlegmons diffus, si je puis avoir le cautère olivaire de nos pères chauffé sur un réchaud de charbon, c'est là l'instrument que je préfère. »

Ce cautère est alors porté dans la région cancéreuse évidée. Il achève tout d'abord de détruire les

petites fongosités, brûle les parties cancéreuses existantes ; et *par son rayonnement*, dit M. le professeur Pozzi, il poursuit au loin les traînées néoplasiques et les frappe de mort, au milieu des tissus sains, plus résistants. Au début, on pourra appliquer directement le cautère sur les parties cancéreuses ; puis, lorsque la cavité aura été ainsi agrandie dans les limites possibles, on achèvera la destruction en laissant le cautère dans l'intérieur de la cavité et en n'agissant que par rôtissage. La cavité est alors desséchée et l'hémostase assurée.

Lorsque cette cautérisation au fer rouge a terminé son action, *l'utérus sera réduit à une cavité vaste, limitée par une coque musculaire*, cavité qui communique à plein calibre avec le vagin.

On terminera en saupoudrant cette surface de poudre d'iodoforme, puis on achèvera par un tamponnement vaginal avec des tampons iodoformés. On pourra, au lieu de se servir de l'iodoforme, utiliser l'ektogan (peroxyde de zinc) employé dans ces dernières années avec succès sous toutes les surfaces ulcérées et sanieuses.

Voici quelques observations que nous avons pu recueillir dans les services de nos maîtres, M. le professeur Pozzi, M. Monod et M. Picqué, et qui montreront les indications, la technique et les résultats obtenus par cette méthode.

OBSERVATION (Inédite).

(Recueillie dans le service de M. le professeur Pozzi).

Bou... Anna, Vve J..., 45 ans, couturière entre le 2 septembre 1905 dans le service de M. le professeur Pozzi à l'hôpital Broca. Cette malade est atteinte dépithélioma du col utérin, forme bourgeonnante. Les cautérisations chimiques n'ont amené jusqu'ici qu'une faible rétrocession des bourgeons néoplasiques ; la malade entre à l'hôpital en vue d'un curettage et d'une cautérisation ignée. L'intervention est pratiquée par M. Caraven, interne du service, d'après la technique du professeur Pozzi : chloroformisation, abrasion soigneuse à la curette tranchante, protection du vagin à l'aide de valves en bois et cautérisation au fer rouge dans la lumière cervicale et sur l'implantation des bourgeons à plusieurs reprises. Le résultat a été très bon. Le col reprit à peu près la forme normale ; les bourgeons étaient complètement détruits, et les sécrétions très diminuées lorsque la malade sortit de l'hôpital trois semaines après son entrée le 24 septembre 1905.

OBSERVATION (Inédite).

(Recueillie dans le service de M. le professeur Pozzi).

Mme St.. Vve A., 40 ans, concierge, avenue Hoche 6, entrée à l'hôpital Broca le 4 septembre 1905, pour néoplasme du col à forme cavitaire. Il y a des bourgeons néoplasiques friables et mous qui saignent à la moindre occasion et sécrétent abon-

damment : symptômes qui ont décidé la malade à venir à l'hôpital. Curage de ce cancer à l'aide de la curette de Wolkmann par M. Caraven, interne du service. Cautérisation ignée par la méthode de Pozzi, après protection du vagin à l'aide de valves en bois. Amélioration manifeste de l'état local. Cette amélioration s'est maintenue et la malade est encore actuellement vivante.

OBSERVATION (Inédite).

(Recueillie dans le service de M. le professeur Pozzi).

D.., femme B..., âgée de 28 ans, journalière, demeurant à Montfort (Orne) entre à l'hôpital Broca le 3 novembre pour un épithélioma utérin. Epithélioma du col végétant remplissant presque tout le vagin et envahissant la paroi vaginale antérieure. Curage et cautérisation au fer rouge. Tamponnement de la cavité utérine curée avec deux mètres de gaze iodoformée (M. le professeur Pozzi). Sortie le 26 novembre 1905 en excellent état.

OBSERVATION (Personnelle).

(Recueillie dans le service de M. le Dr Monod, à l'hôpital Saint-Antoine).

J... D..., couturière, 41 ans, se présente à la consultation de gynécologie, à l'hôpital Saint-Antoine, au mois de septembre 1905. Son médecin l'envoie avec le diagnostic d'épithélioma cervical. Cette malade a commencé à souffrir au mois de mars dernier ; elle présente depuis cette époque des métrorra-

gies assez abondantes et répétées. Elle est décidée à se faire opérer et vient dans ce but. L'examen montre un utérus absolument immobilisé par une gangue mal limitée qui encombre les culs-de-sac latéraux, principalement le gauche. L'utérus ne semble pas volumineux, il est un peu douloureux. Le col très dur est exulcéré, le doigt pénètre dans un cratère qui précède la cavité cervicale et qui est encombré de bourgeons néoformés.

En présence de l'état avancé des lésions et de l'immobilisation de l'utérus on ne peut songer à pratiquer l'ablation de l'utérus ; d'autre part, la malade a depuis quelques jours un peu de fièvre dont la cause reste incertaine.

On pense à la pyométrie et on dilate le canal cervical à la laminaire. Une quantité appréciable du pus s'écoule pendant les jours suivants et, consécutivement à la dilatation du col, la température tombe.

M. Pater, interne des hôpitaux, à qui on confia des débris cervicaux prélevés au cours des pansements, affirme la nature épithéliomateuse de la lésion. Malgré le repos absolu, malgré les injections chloralées et le drainage correct de l'utérus, la malade souffre atrocement et réclame l'intervention chirurgicale. Sous chloroformisation M. Morel, interne du service, pratique à la curette tranchante l'évidement du canal cervical, et dans la lumière cervicale agrandie on éteint à plusieurs reprises le couteau du thermocautère. Les lèvres du col, ne permettant pas suffisamment l'action du cautère, sont discisées et profondément cautérisées. Suites opératoires bonnes.

La malade a quitté l'hôpital au bout de douze jours, ne souffrant plus et n'ayant pas de pertes.

OBSERVATION (Personnelle).

(Recueillie dans le service de M. le Docteur Picqué, à l'hôpital Bichat).

Mme P... 49 ans, vient consulter pour la première fois à l'hôpital Bichat le 22 juin 1903. Réglée à 13 ans, mariée à 21, elle a toujours eu une bonne santé.

Elle a deux enfants actuellement vivants et bien portants l'un de 22 ans, l'autre de 20. Il y a trois mois elle a commencé à souffrir du ventre; les douleurs étaient sourdes, et intermittentes, localisées à la partie médiane et inférieure de l'abdomen ; peu à peu elles sont devenues plus vives, plus continues et accompagnées d'élancements dans le périnée et la racine des cuisses.

Depuis quelques jours elle perd de l'eau légèrement brunâtre, et c'est pour ce symptôme nouveau qu'elle vient consulter. Son état général, est bon, son embonpoint suffisant ; son appétit régulier. Elle vient d'avoir ses règles, qui sont depuis quelques mois très irrégulières, et lui laissent à penser qu'elle arrive à la ménopause. Le toucher vaginal montre un col très dur, légèrement bourgeonnant au niveau de l'orifice cervical, qui saigne facilement.

Le corps utérin semble un peu gros, mais mobile, régulier et non douloureux. Les annexes ne sont pas perceptibles. Le doigt ramène des sécrétions d'aspect pseudo-membraneux et de couleur roussâtre.

L'examen au spéculum permet d'affirmer le diagnostic d'épithélioma cervical : on voit nettement à la partie inférieure de

l'orifice cervical des bourgeons néoplasiques exulcérés et suppurants, peu volumineux, mais qui semblent continuer au dehors une prolifération épithéliale du canal cervical. L'hystérectomie vaginale proposée à la malade, n'est pas acceptée, malgré qu'on cherche à lui montrer la gravité du cas, en dépit des symptômes encore peu alarmants. M. Menet, interne du service, propose alors à Mme P... le curettage suivi de la cautérisation ignée, qu'après réflexion elle se décide à accepter. A l'aide de la curette tranchante on abrase soigneusement la lumière cervicale préalablement dilatée. Le curettage se termine par la cautérisation systématique de la lumière cervicale au thermocautère. Pendant quelques jours les injections vaginales ont ramené des débris sphacélés; puis la malade est sortie opératoirement guérie, sans la moindre élévation thermique. La malade revue environ quatre mois plus tard, a conservé un bon état général; pas d'hémorragies nouvelles, pas de pertes sanieuses, les douleurs ont persisté. Examen au spéculum ; quelques bourgeons au niveau de la cavité évidée.

OBSERVATION (Inédite)

(Recueillie dans le service de M. Monod).

E... B..., âgée de 53 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Monod, le 14 juillet 1905, pour des douleurs abdominales et des pertes de sang datant de trois mois.

Ses antécédents héréditaires ne présentent aucun point spécial. Réglée à 13 ans 1/2, d'une façon régulière. A 21 ans, première grossesse normale, deuxième grossesse à 27 ans.

Il y a seize ans, la malade ressentit des douleurs lombaires vagues, à irradiations descendantes accompagnées de vertiges et de palpitations. Ces troubles coïncidèrent avec la disparition de ses règles et rétrocédèrent très rapidement.

Le début de son affection actuelle remonte à trois mois. Vers le début du mois de mai, la malade ressentit des élancements douloureux dans le bas-ventre, une certaine difficulté d'uriner et des douleurs lancinantes à la face postérieure de la cuisse.

En même temps, la malade présentait des pertes blanches, parfois légèrement sanguinolentes et d'odeur fétide. Au mois de juin survint une métrorragie assez abondante. C'est depuis ce temps qu'elle maigrit et qu'elle a perdu ses forces. Les hémorragies se sont répétées depuis à des intervalles irréguliers et sont de plus en plus abondantes.

Examen. — La malade présente actuellement un facies anémié, avec teinte jaunâtre des téguments. Les conjonctives et les muqueuses sont légèrement décolorées. Elle accuse de violentes douleurs au niveau du pubis, irradiées le long du trajet du sciatique.

Le toucher vaginal permet de constater, au niveau du col en partie disparu, l'existence d'une vaste ulcération, à bords irréguliers, bourgeonnants, indurés et friables. Les culs-de-sac vaginaux ont perdu leur souplesse normale. Tout le dôme vaginal induré et résistant forme avec l'ulcération cervicale une masse absolument immobile. Le corps utérin ne semble pas augmenté de volume, mais ne peut non plus être mobilisé par le palper bimanuel.

Les autres organes ne présentent pas de lésions.

Les poumons et le cœur sont sains. Les urines sont diminuées,

la malade urine à peine 600 grammes par jour. Celles-ci contiennent une quantité d'albumine assez notable.

En somme, il s'agit d'un néoplasme ulcéré du col, absolument immobile et partant inopérable.

Pour remédier aux hémorragies abondantes que la malade présente, M. Brésard, interne du service de M. Monod, décide de pratiquer un curettage et de le faire suivre d'une cautérisation ignée.

La malade est chloroformée le 1er août 1904.

Après toilette vaginale et application de deux spéculatums de Cusco, introduits l'un dans l'autre et ouverts perpendiculairement comme le recommande Récamier, les bourgeons néoplasiques sont abrasés à la curette tranchante. La pointe du thermocautère est alors introduite dans la cavité cervicale et appliquée sur les points saignants de la masse néoplasique.

La cautérisation est largement pratiquée à la partie postérieure du col où les bourgeons cancéreux semblent les plus volumineux. On termine l'application de poudre d'iodoforme et tamponnement du vagin avec la gaze iodoformée.

Les suites opératoires sont normales. Les jours suivants, un écoulement sanguinolent souille le pansement vaginal, on pratique des injections vaginales très chaudes, qui ramènent des débris de tissu mortifié.

La malade sort de l'hôpital avec un bon état général, n'ayant plus d'hémorragies utérines ni d'ichor fétide.

CHAPITRE III

Curettages répétés.

Si, après un premier curettage suivi de cautérisation ignée, les accidents qui avaient nécessité la première opération réapparaissent, il est utile dans ces cas, si l'état de la malade le permet, de répéter le curettage.

Quelques chirurgiens ont même fait de cette répétition du curettage une méthode thérapeutique du cancer du col de l'utérus. C'est ainsi que Klotz (1) préconise de pratiquer tous les dix jours une séance de cautérisation d'une durée de quinze minutes environ. Il espère ainsi arriver à détruire le néoplasme et à transformer l'utérus en une vaste cavité à parois lisses se continuant avec la cavité vaginale. Il rapporte à l'appui de cette méthode six observations dont la plus ancienne de quatre ans, la plus récente de six mois, et dans toutes le résultat obtenu

1. Klotz. « Du traitement palliatif du cancer inopérable de l'utérus ». Voir *Semaine médicale*, 1896, n° 42.

était excellent. Des faits semblables se retrouvent dans les observations des auteurs qui se sont occupés de cette question, par exemple dans la thèse de M. Pozzi (1), de Mme Kantzel (2). Un cas de Mme Kantzel a trait à un curettage répété, dirigé contre un cancer du col avec envahissement du cul-de-sac latéral droit et immobilité de l'utérus. L'opération radicale était impossible, et la malade se plaignait de douleurs vives dans le bas ventre, de métrorragies abondantes avec caillots et d'amaigrissement notable. On pratique un curettage de ces fongosités, suivi de cautérisation au thermocautère. Pendant plus d'une année, la malade n'eut ni douleurs, ni hémorragie. Au bout de cette époque ces symptômes reparurent, et le toucher révélait la présence dans le fond du vagin de masses molles et bourgeonnantes saignant facilement. Nouveau curettage, suivi d'une amélioration qui persiste pendant plus de sept mois.

Un autre exemple de cette marche fort lente observée dans les cancers du col ainsi traités nous est donné par une observation de Monod (3) : Une malade âgée de 53 ans, présentait un épithélium du col à forme papillaire. M. Monod pratiqua cinq opérations d'exérèses successives, toutes indiquées par la réapparition de l'écoulement sanguin. Ces

1. A. Pozzi. Thèse Paris, 1885.
2. Kantzel, *loc. cit.*
3. Monod. *Annales de la polyclinique de Bordeaux*, oct. 1891.

cinq opérations eurent pour résultat une survie de dix ans après la première intervention.

Enfin, une observation, recueillie dans le service de M. Ch. Monod, est encore plus démonstrative :

OBSERVATION (Personnelle et inédite).

(Recueillie dans le service de M. Ch. Monod).

V... B..., 43 ans, vient consulter à l'hôpital Saint-Antoine, service de M. Monod, au mois de janvier 1905. Depuis quelques mois elle a vu ses règles devenir irrégulières : tantôt elles sont plus abondantes que de coutume, tantôt elles sont répétées au point qu'elle a perdu trois fois dans le même mois. Entre ces pertes de sang elle accuse des pertes fétides, roussâtres et caustiques contre lesquelles elle a essayé des injections sans résultat. Elle a maigri, dit-elle, néanmoins son embonpoint est suffisant et son état général assez bon. Sa dernière grossesse (elle a deux enfants) remonte à 36 ans ; et depuis cette époque jusqu'au mois d'octobre 1902 elle n'avait rien remarqué d'anormal. L'examen permet de constater un néoplasme du col utérin, bourgeonnant, exubérant, ayant envahi toute la lumière cervicale qu'il comble, et débordant dans le vagin presque jusqu'à la vulve. Ces bourgeons saignent au moindre attouchement, la canule dont se servait la malade les faisait saigner. Les culs-de-sac sont libres, l'utérus difficilement perceptible semble néanmoins de volume normal, mobile et régulier. La malade refuse toute intervention radicale et n'accepte qu'avec

difficulté le curettage suivi de cautérisation ignée qui est pratiqué au mois de février 1905 pour la première fois.

La malade retira un grand bénéfice de ce traitement ; revue à plusieurs reprises pendant l'été de 1905 elle n'accusait plus de pertes anormales par leur abondance ni d'écoulement fétide.

Au mois d'octobre 1905 elle rentre dans le service, ramenée par une hémorragie alarmante qui a signalé ses dernières règles. L'examen montre la présence, dans la lumière du col qui avait été recalibrée et rétablie au thermocautère, de nouveaux bourgeons très vasculaires, point de départ de l'hémorragie. Un second curettage avec cautérisation est pratiqué par M. le Jemtel, interne du service, et cette fois encore la malade peut sortir de l'hôpital en aussi bon état que possible et sans avoir eu de nouvelles pertes.

CHAPITRE IV

Indications du curettage et de la cautérisation ignée.

Tout cancer inopérable du col de l'utérus n'est pas justiciable du curettage suivi de cautérisation ignée.

Cette méthode ne saurait être de mise contre la forme *interstitielle* ou *nodulaire*. Cette forme, il est vrai, offre plus de chances à une thérapeutique radicale, et ce n'est souvent que par suite du refus de la malade de se laisser hystérectomiser, qu'il faudra avoir recours à un traitement palliatif. Comme nous l'avons déjà fait remarquer la curette ne saurait avoir de prise sur ces cols cancéreux devenus durs, parfois même d'une dureté ligneuse.

Il ne faut pas non plus que le cancer du col soit arrivé à une *période d'envahissement trop prononcé*. Lorsque les fongosités cancéreuses, ont envahi sur une grande étendue les parois vaginales et qu'elles menacent les parois rectales ou vésicales, il sera

alors souvent bon de s'abstenir. Dans ces cas, en effet, il est presque impossible de contrôler l'action de la curette ; cet instrument s'enfonce avec la plus grande facilité au milieu des masses bourgeonnantes et sans que le chirurgien en ait été averti par une sensation de résistance, la curette peut perforer le cul-de-sac de Douglas ou même le rectum de la vessie. Alors même que l'opérateur agit avec la plus grande prudence et se met à l'abri de ces accidents, le curettage et la cautérisation ignée ne sauraient donner dans ces cas de bons résultats. Par suite de l'extension même du néoplasme, ils ne sauraient en effet détruire toutes les masses bourgeonnantes et l'amélioration des symptômes, hémorragie et ichor fétide, sera de bien courte durée. Un exemple nous est donné par l'observation suivante :

OBSERVATION

(Due à l'obligeance de M. Vivier, ancien interne des hôpitaux, recueillie dans le service de M. le Dr Picqué, à l'hôpital Bichat).

Mme S..., blanchisseuse, 49 ans, entre à l'hôpital Bichat le 8 janvier 1903, dans le service du Dr Picqué. Comme antécédents : quatre grossesses à terme et sans incident ; la dernière remontant à l'âge de 40 ans. Depuis sa dernière grossesse elle a toujours eu des règles plus abondantes qu'auparavant ; la malade est encore actuellement réglée. En plus de ses règles, elle remarque que depuis plusieurs mois elle tache son linge et qu'elle perd de l'eau rousse, d'odeur infecte. Elle a consulté au

mois de novembre dernier pour ces symptômes et pour des douleurs sourdes qui siégeaient le plus souvent dans les reins et dans les cuisses. On lui avait ordonné des injections qui auraient amené une amélioration manifeste et notamment la disparition des douleurs. Depuis quelques semaines les pertes se sont reproduites et ont décidé la malade à rentrer à l'hôpital. L'examen au spéculum montre un néoplasme cervical ayant détruit la plus grande partie de la lèvre antérieure du col et ulcérant le moignon restant. Le col est largement ouvert ; dans la cavité on voit des bourgeons sanieux peu volumineux immédiatement au-dessus de la perte de substance. Les culs-de-sac sont complètement envahis et l'utérus immobilisé. On décide de pratiquer, après abrasion des surfaces ulcérées, des attouchements modificateurs et M. Vivier, interne du service, pratique le curettage le 17 janvier. Ce qui reste du col déchire sous la curette et il devient très difficile de se repérer sur le moignon complètement effondré. Le curettage reste forcément incomplet. Immédiatement on fait une première application de teinture d'iode sur les tissus avivés. Ces applications sont renouvelées tous les trois jours pendant deux semaines, et suivies d'irrigation vaginale à l'eau iodée. Au début, il sembla que les ulcérations du col se modifièrent heureusement sous l'influence de la cautérisation, mais bientôt on constata qu'on n'obtenait aucune amélioration. Sur sa demande la malade sortit au début de février. A cette date elle présentait de l'œdème des jambes et un amaigrissement cachectique notable.

Les cancers du col à *forme ulcéreuse ou térébrante*, suivant l'expression de notre maître, M. le Professeur Pozzi, sont caractérisés par ce fait que « le col

est évidé, trépané pour ainsi dire, d'aspect volcanique avec un cratère principal et des cratères adventifs comme on en décrit en géologie » (Dartigues). Cette catégorie de néoplasmes du col utérin sera peu améliorée par le curettage, le processus malin ayant plutôt une tendance rongeante que proliférante.

Les meilleurs résultats seront au contraire obtenus dans la forme classique, de beaucoup la plus fréquente, celle que l'on décrit sous le nom de végétante, ou papillaire, ou en *chou-fleur*. Elle se présente sous l'aspect de masses bourgeonnantes, mollasses, fongueuses qui s'effritent et saignent avec la plus grande facilité. Ce sont ces gros champignons qui donnent surtout lieu aux métrorragies profuses et aux écoulements ichoreux fétides. L'abrasion de ces tumeurs fera disparaître momentanément ces symptômes. Elle sera facilitée par la base dure sur laquelle reposent habituellement ces fongosités et faite ainsi avec plus de sécurité. La cautérisation ignée, une fois le curettage opéré, achèvera de détruire cette infiltration néoplasique et cautérisera les vaisseaux néoformés, point de départ de l'hémorragie.

CHAPITRE V

Accidents du curettage suivi de cautérisation ignée

Le curettage, s'il est poussé trop loin, peut déterminer une infection du cul-de-sac et même des organes voisins, rectum et vessie.

Cet accident se produira d'autant plus facilement que les masses néoplasiques auront envahi d'autant plus profondément le vagin autour du col. Il semble que dans les cas où le vagin a été envahi et où les cloisons recto-vaginales et vésico-vaginales sont atteintes, il vaut mieux ne pas intervenir, étant donnée la facilité avec laquelle des accidents de perforation peuvent survenir. Il est bon dans ces cas de surveiller l'effet de la curette à l'aide du toucher rectal ; mais on comprend que, dans ces cas, si on ne contrôle pas par le toucher, la profondeur à laquelle la curette agit, il pourra se faire qu'une action un peu brutale aille perforer un des organes voisins.

Aussi Dartigues (1) a-t-il raison de dire qu'il ne

1. Dartigues. *Cancer des organes génitaux*, p. 216.

faut enlever à la curette que tout ce qui bourgeonne, tout ce qui est friable, jusqu'à ce qu'on rencontre une suffisante résistance des tissus. « Il faut avoir le sens du degré de désagrégation de l'organe pour ne pas aller trop loin et se perdre à travers une perforation dans la vessie et le rectum... le curettage de l'utérus cancéreux ainsi compris est une véritable petite opération qui demande du doigté pour ne pas gratter et cautériser outre mesure. »

Si, malgré toutes ces précautions un accident est survenu, il sera possible d'y remédier facilement, lorsque la curette a pénétré seulement dans le cul-de-sac postérieur. Dans les cas de *perforation de Douglas*, on mettra une mèche de gaze à travers l'ouverture accidentelle ainsi créée et il sera ainsi presque toujours possible de prévenir l'infection de la grande cavité péritonéale. Récamier (1) dit avoir eu deux accidents semblables : « Deux fois ma curette a pénétré dans le cul-de-sac postérieur. J'ai fait immédiatement un tamponnement à la gaze par l'orifice ainsi créé et dans un cas comme dans l'autre aucun incident ne s'est produit. »

De même cet accident est survenu dans un cas rapporté par Schwartz (2). Il s'agissait d'un épithélioma du col de l'utérus envahissant la cavité cervicale largement ouverte, envahissant la paroi

---

1. Récamier, *loc. cit.*, p. 53.
2. Schwartz. « Du curettage appliqué au traitement du cancer de l'utérus. Ses accidents. » *Revue générale de clinique et thérapeutique*, 1891, p. 114.

vésico-vaginale sur une étendue de 3 ou 4 centimètres. La curette attaquait la cavité utérine quand, sans avoir fait aucun effort, elle traverse la paroi postérieure de l'utérus et y détermine une large déchirure verticale de 4 centimètres. Après désinfection au sublimé et avec de petits tampons gaze iodoformée, les bords de la déchirure sont réunis au catgut. Aucune réaction et guérison parfaite.

Enfin, dans une observation que nous relatons ci-dessous, pareil accident est survenu et cela sans qu'il en résulte le moindre accident. D'ailleurs dans tous ces cas des adhérences de péritonite ont certainement séparé le cul-de-sac de Douglas de la grande cavité péritonéale, fait qui explique la bénignité relative de ces accidents.

ORSERVATION (Personnelle).

(Recueillie dans le service de M. Picqué à l'hôpital Bichat).

Curettage suivi de cautérisation ignée. — Perforation du cul-de-sac de Douglas.

Femme de 50 ans, entrée à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, dans le service de M. le Dr Picqué suppléé par M. Chevalier. Cette malade est porteuse d'un épithélioma du col très exubérant et très suintant. On ne peut songer à une exérèse vu l'état d'extension du néoplasme et l'état de cachexie de la malade. En présence des accidents locaux qu'il détermine, on

décide de pratiquer le curettage et de débarrasser le col des bourgeons néoplasiques. Après chloroformisation, M. Morel, interne du service, pratique à la curette tranchante l'ablation des productions fongueuses. A un moment donné la curette ne rencontre plus de résistance, mais néanmoins ne s'enfonce pas. M. Morel a la sensation que la curette n'est plus dans l'utérus et interrompt le curettage. Une mèche de gaze iodoformée est tassée sur les surfaces curettées dans la brèche créée par la curette ; la malade est reportée dans son lit. L'incident n'eut aucune suite. Le quatrième jour la mèche fut retirée sans incident.

Cependant tous les cas de perforation du cul-de-sac postérieur n'ont pas cette heureuse terminaison et il suffit de parcourir la thèse de Mme Kantzel pour trouver deux cas ayant présenté cet accident et s'étant rapidement terminés par la mort.

Peut-il se produire à la suite de curettage une *hémorragie foudroyante* causée par cette opération? Le fait est survenu dans un cas de Récamier où un coup de curette ouvrit un vaisseau de gros calibre à la base du ligament large gauche envahi, vaisseau qui ne pouvait être pincé, étant donnée la friabilité du tissu sur lequel la pince devait agir.

Ainsi, les accidents survenus à la suite du curettage de l'utérus cancéreux sont dus souvent à ce que l'on curette trop profondément et surtout à ce que l'on agit sur des néoplasmes bourgeonnants arrivés

à leur dernière période de propagation, ayant envahi les culs-de-sacs vaginaux, les cloisons recto et vésico-vaginales, et la base du ligament large. Ils sont dus aussi à ce qu'un examen bimanuel préliminaire n'a pas exactement renseigné l'opérateur sur l'étendue des lésions, et à ce que le curettage n'est pas contrôlé chemin faisant par le toucher vaginal ou rectal.

CHAPITRE V

Résultats de cette méthode.

Quelques-uns des chirurgiens qui usent de cette méthode en ont beaucoup exagéré la valeur ; et certains ont prétendu avoir obtenu des guérisons qui persistèrent pendant quatre, cinq (Potherat, cité par Récamier), six (Récamier), sept et même dix-huit ans (Byrne). S'agissait-il vraiment dans ces cas de cancers du col de l'utérus, il est permis d'en douter. En tcut cas ce sont là des cas absolument exceptionnels sur lesquels il ne faut pas insister.

Beaucoup plus intéressants sont les résultats consignés dans la thèse de Mme Kantzel. Dans ce travail sont séparés fort justement les résultats suivant la forme cancéreuse. Les cancers du col de l'utérus à tendance ulcéreuse sont ceux qui donnent les moins bons résultats, et dans la statistique de Mme Kantzel la moyenne de la survie dans ce cas n'est que de

sept mois et demi. Les formes végétantes sont au contraire un peu moins mauvaises, surtout si le curettage est répété : vingt et un mois et demi de survie dans cette dernière hypothèse, dix mois et demi seulement s'il n'y a qu'une seule intervention à être pratiquée.

Nous n'avons pu réunir un assez grand nombre d'observations personnelles pour vérifier ces chiffres et surtout beaucoup de malades traitées par le curettage sont perdues de vue, sans qu'on puisse savoir quel est exactement le résultat de l'intervention à laquelle elles avaient été soumises. Cependant M. le professeur Pozzi, dans sa longue pratique, a toujours observé des effets de cette méthode thérapeutique. *M. le professeur Pozzi l'estime comme la meilleure méthode palliative « dont on dispose pour rendre moins rapide et plus tolérable la marche des cancers qui ne sont pas justiciables de l'exérèse complète »*. Il insiste à juste titre sur les améliorations positives obtenues par ce moyen et sur l'heureuse influence qu'il a sur le moral de ces malades qu'on traite en général souvent comme des moribondes. Aussi croit-il que cette opération palliative n'est peut-être pas encore assez vulgarisée quoique ses élèves l'aient déjà fort répandue.

§ I. — *Résultats de cette méthode dans le service de M. le professeur Pozzi d'octobre 1904 à septembre 1905.*

Nous avons relevé sur le livre d'opération de notre maître, M. le Professeur Pozzi, les cas de curage

avec cautérisations ignées, pour cancer du col inopérable, et nous nous sommes enquis de l'état actuel de ces opérées. Beaucoup de ces malades n'ont pu être retrouvées et sur 18 il ne nous a été possible de nous procurer des renseignements que sur 8. Sur ces huit malades, une seule est morte cinq mois après ce curettage. Toutes les autres vivent encore et présentent actuellement une survie de huit à dix mois environ. Deux autres malades, d'abord inopérables par suite de leur mauvais état général, ont même pu subir depuis, avec succès, une opération radicale. Voici les documents que nous avons pu ainsi recueillir :

OBSERVATION (Inédite).

(Recueillie dans le service de M. le professeur Pozzi).

M... Marie, veuve M..., âgé de 44 ans, ménagère, demeurant rue de Cotte, 11, entre à l'hôpital le 30 septembre 1904. Epithélioma du col de l'utérus. La lèvre postérieure et la partie adjacente du cul-de-sac postérieur intéressées. La cavité cervicale et en partie rongée. Curage à peu près complet (Oppert, interne du service). Encore existante en mai 1905. Perdue de vue depuis.

OBSERVATION (Inédite).

(Recueillie dans le service de M. le professeur Pozzi).

L... Marie, entrée le 24 novembre, pour épithélioma utérin avec culs-de-sac latéraux envahis. Curage suivi de cautérisation ignée (Lœwy et Oppert). Décédée le 16 mars 1905.

OBSERVATION (Inédite).

(Recueillie dans le service de M. le professeur Pozzi).

D... Louise, femme L..., 45 ans, ménagère rue Corvisart 4,

entrée à l'hôpital Bichat le 27 décembre 1904 pour un épithélioma du col de l'utérus. Curage et cautérisation ignée par M. Dartigues, chef de clinique de M. le professeur Pozzi. Sortie le 26 janvier 1905. Vit encore en décembre 1905.

OBSERVATION (Inédite).

(Recueillie dans le service de M. le professeur Pozzi).

B... Jeanne, femme P..., 39 ans, ménagère demeurant 35, rue Jeanne, entre à l'hôpital Broca, le 8 février 1905 pour un épithélioma utérin. Epithélioma du col à forme cavitaire. Le col est presque entièrement détruit. Curage et cautérisation ignée (Dartigues) sortie le 23 février 1905. Vit encore en décembre, 1905.

OBSERVATION (Inédite).

(Recueillie dans le service par M. le professeur Pozzi).

D... Maria, femme L..., 51 ans, journalière demeurant 10, rue Baudricourt, entre à l'hôpital Broca le 8 mai 1905 pour un épithélioma du col de l'utérus. Epithélioma à forme cavitaire. La lèvre postérieure du col est presque détruite ; le vagin est envahi également dans une grande partie de sa paroi postérieure. Curage et cautérisation ignée. Mèche intra-utérin légèrement iodoformée (M. Dartigues). Sort le 25 mai. Vit encore en janvier 1906.

OBSERVATION (Inédite).

(Recueillie dans le service par M. le professeur Pozzi).

F..., femme R..., âgée de 37 ans, ménagère demeurant rue

de la Chapelle, entrée le 21 février 1905. Epithélioma du col traité par le curage suivi de cautérisation ignée (M. Rouhier). Sortie le 11 mars 1905. Vivait encore en octobre 1905. Perdue de vue depuis.

Deux autres observations semblables ont été également rapportés plus haut.

§ 2. — *C'est surtout contre les hémorragies* qu'intervient le curettage suivi de cautérisation ignée. La disparition des masses encéphaloïdes, friables et en chou-fleur arrête immédiatement les métrorragies abondantes. Ce fait est noté dans toutes les observations que nous rapportons et c'est sur lui surtout qu'il nous faut tout particulièrement insister. Cette méthode de traitement des hémorragies graves des cancers du col est fort supérieure aux injections vaginales chaudes, à l'introduction de tampons imbibés de gélatine, d'antipyrine ou d'adrénaline, tous moyens qui ne peuvent avoir qu'une action fort passagère, et même meilleure que les ligatures atrophiantes. Elle a toujours arrêté les métrorragies au moins pendant plusieurs mois et c'est grâce à elle que dans toutes nos observations nous voyons nos malades perdre leur teinte jaune pâle, anémique, et momentanément récupérer leurs forces.

§3. — Cette méthode a également une influence des plus heureuses *sur les écoulements fétides*, et l'auto-intoxication que détermine la suppuration des bourgeons cancéreux. Ses effets sont fort supérieurs aux injections de sublimé ou de permanganate. Ils sont bien mis en évidence dans la plupart des observa-

tions que nous rapportons. Récamier insiste également sur l'utilité du curettage dans le cas de pyomètre. « Il n'est pas de symptôme, dit-il, qui soit aussi nettement soulagé par le curettage que les douleurs qui accompagnent la formation du pyomètre, pas d'amélioration aussi frappante que celle qui se produit chez ces malades infectées lorsqu'une ouverture large permet le lavage régulier de la cavité utérine distendue par le pus ou par les gaz ». Et à l'appui de cette constatation, Récamier cite quelques observations personnelles ainsi que des faits de Levrat (1), de Kelly (2), Despréaux (3), Kantzel, etc...

§ 4. — Beaucoup moindre est l'action du curettage *contre les douleurs*. Celles-ci sont en effet surtout sur la dépendance de la compression des nerfs du plexus sacré par les masses cancéreuses ayant envahi la base du ligament large, et l'on comprend que le curettage ne puisse avoir d'influence sur elles.

§ 5. — En somme le curettage suivi de cautérisation ignée combat les principaux symptômes du cancer du col de l'utérus. Il s'adresse surtout aux hémorragies et aux phénomènes putrides ; il lutte contre l'anémie et contre l'auto-intoxication ; en ce faisant il permet de prolonger la vie de cette can-

---

1. Levrat. *De l'intervention partielle tardive dans l'épithélioma utérin inopérable*. Congrès de chirurgie, 1891.
2. Kelly. *Operative gynecology*, vol. I, p. 553.
3. Despréaux. *Indications et technique du curettage de l'utérus*. Thèse, Paris, 1888.

céreuse, surtout il lui rend son affection tolérable en lui laissant un peu d'illusion par cette tentative opératoire et la disparition des manifestations morbides qui rendaient pour elle l'existence intolérable.

CONCLUSIONS

I. — Les cancers du col de l'utérus, pour lesquels il ne peut être question que d'un traitement palliatif, sont ceux où l'utérus est immobilisé par le néoplasme.

II. — Le traitement palliatif par des moyens médicaux peut s'adresser spécialement à un symptôme, douleur, hémorragies, écoulements fétides. Mais lorsqu'un de ces symptômes est accentué et anémie rapidement la malade, il vaut mieux avoir recours à un traitement chirurgical palliatif plus énergique.

III. — Le meilleur traitement chirurgical palliatif est un curettage bien fait suivi d'une cautérisation profonde au fer rouge, pratiqué suivant la méthode de M. le professeur Pozzi.

Il sera fait de préférence sous chloroforme. On enlèvera à la curette tranchante de Sims tout ce qui bourgeonne jusqu'à ce qu'on rencontre une suffisante résistance des tissus. Pour la cautérisation,

on protégera les parois vaginales avec des valves de bois, et on se servira du cautère en roseau à boule olivaire porté à la température rouge-cerise. Des pansements antiseptiques complèteront cette opération.

IV. — Cette méthode n'est pas indiquée dans les cancers du col à forme nodulaire, donne de moins bons résultats dans les formes cavitaires, térébrantes et constitue le traitement palliatif surtout des formes en chou-fleur.

Elle devra être appliquée avec prudence dans le cas d'envahissement des culs-de-sac vaginaux, car il sera difficile de curetter complètement la masse cancéreuse sans perforer le cul-de-sac de Douglas ou même le rectum ou la vessie.

Elle agit surtout sur les hémorragies et les écoulements fétides, et est sans action sur les douleurs. Lorsque ces symptômes récidiveront, un second curettage sera pratiqué si l'état général de la malade le permet.

V. — Le curettage suivi de cautérisation au fer rouge est un excellent moyen palliatif. Il donne une amélioration de plusieurs mois, parfois même de plus d'une année.

La plupart des malades, que nous avons pu retrouver, atteintes de cancer du col de l'utérus, traitées par cette méthode dans le service de M. le professeur Pozzi il y a environ un an, vivent encore actuellement.

Il rend moins rapide la marche du cancer ; à ce titre il exerce une heureuse influence sur le moral de ces malades trop souvent délaissées par le médecin.

Vu : le Président de la thèse,
S. POZZI

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
LIARD

Imp. de la Faculté de Médecine. H. JOUVE, 15, rue Racine, Paris.